

UKS AKADEMIA JUDO DRAGON

ul. Starodworcowa 34/2 81 – 575 GDYNIA

TEL. 669 890 123, TEL. 603 200 614

NIP: 586-230-71-24, REGON 364576206

gdyniadragon@gmail.com



KARTA KWALIFIKACYJNA (półkolonie)

Półkolonie organizowane przez UKS Akademia Judo Dragon

Czas trwania od 29.06-3.07.2026 w godz. 8.00-16.00

POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW DANYCH DZIECKA

1. Nazwisko i imię

.....

2. Data urodzenia

.....

3. PESEL

.....

...

4. Imiona rodziców

.....

5. Adres zameldowania

.....

...

6. telefon

kontaktowy.....

.....

INFORMACJE RODZICÓW NA TEMAT ZDROWIA DZIECKA

1. Dolegliwości lub objawy, które występują u dziecka (omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, bezsenność, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne, urazy kończyn, inne:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebyte choroby:

UKS AKADEMIA JUDO DRAGON

UKS AKADEMIA JUDO DRAGON

ul. Starodworcowa 34/2 81 – 575 GDYNIA

TEL. 669 890 123, TEL. 603 200 614

NIP: 586-230-71-24, REGON 364576206

gdyniadragon@gmail.com



3. Uczulenia:

4. Przyjmuje stale leki: tak / nie

dawkowanie:.....
.....
.....
.....

5. Choroba lokomocyjna: tak/nie, aparat ortodontyczny: tak/nie, okulary: tak/nie, inne:

6. W ostatnim roku dziecko przebywało w szpitalu (jeżeli tak - proszę podać powód):

7. Dodatkowe ważne informacje (wskazówki) dla opiekuna półkolonii:

* odpowiednie zakreślić

Upprzejmie, informujemy, że nasze dziecko, podczas półkolonii organizowanych przez UKS Akademię Judo Dragon jest zdrowe. Nie ma żadnych objawów infekcji oraz innych objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną. Stan mojego Dziecka pozwala na uczestnictwo w półkoloniach.

UKS AKADEMIA JUDO DRAGON

ul. Starodworcowa 34/2 81 – 575 GDYNIA

TEL. 669 890 123, TEL. 603 200 614

NIP: 586-230-71-24, REGON 364576206

gdyniadragon@gmail.com



Przyjmuje na siebie odpowiedzialność za skutki wszystkich znanych mi, a nie ujawnionych chorób i urazów dziecka.

.....

.....

Miejscowość, data i podpis opiekunów prawnych